



## B部分：治療說明（選填）

請說明您所接受的服務。請解釋為何沒有在Kaiser Permanente接受治療。

患者是否有住院？	如回答「是」——住院日期 (月月/日日/年年年年)	如回答「是」——出院日期 (月月/日日/年年年年)
是 否	/   /	/   /

除了您已經支付的金額外，保健業者是否還希望獲得更多的付款？

是 否 不確定

## C部分：申請費用報銷的必要資訊

為了避免處理遭到延遲，您必須提供下列資訊：

1. 付款證明：我們需要您向保健業者付款的證明。請向我們提交收據、銀行對帳單、原始支票副本（正反兩面），或反映您向保健業者支付之金額的任何其他文件；以及
2. 保健業者的帳單：請將您所支付的保健業者帳單影本寄給我們。請包含所有頁面以及任何詳細的對帳單。如果沒有帳單的影本，請提供下列資訊：

患者姓名和醫療紀錄號碼	
服務日期	
保健業者姓名/名稱（醫生、醫院、救護車服務、藥房、化驗室等）	
提供服務的地址 (醫院、醫生地址等)	
為您提供的服務（X光檢查、門診、注射等）若為處方藥，藥物名稱	
帳單金額	

註：提交的所有文件和資訊皆必須可以辨讀，否則表格將會遭到退回。

## D部分：搭乘郵輪或國外旅行費用報銷所需的證明文件

服務是否是在搭乘郵輪或於國外旅行期間提供？ 是 否；如回答「否」，請跳過此部分。如「是」，請提供以下資訊。

旅行證明：旅行文件；如機票或行程的影本（選擇性提供）

正本詳細服務帳單的影本（醫生、醫院及處方藥）

任何相關的醫療紀錄，包括醫療報告、醫院住院紀錄、急診室紀錄等影本。

所獲服務的付款證明，包括處方藥（收據或銀行對帳單、支票正反兩面的副本、或反映您向保健業者支付之金額的任何其他文件）

註：提交的所有文件和資訊皆必須可以辨讀，否則表格將會遭到退回。

### 患者簽名

本人證明，就本人所知，本人在本表格所提供的資訊皆正確無誤。本人授權披露與本人在本表所列日期接受的保健服務相關的所有資訊。本人瞭解，Kaiser Permanente Health Plan, Inc.需要這些資訊來處理本人的費用索賠。

患者／授權代表姓名（若患者是未成年人或法定受撫養人，則填寫父母姓名）

患者／授權代表簽名（若患者是未成年人或法定受撫養人則由父母簽名）

簽名日期

首選聯絡/電話號碼

### 申請費用報銷的郵寄地址和會員服務部電話號碼

#### 科羅拉多州

##### 索賠地址

P.O. Box 373150

Denver, CO 80237-9998

##### 會員服務部

1-303-338-3800

#### 馬里蘭州、哥倫比亞特區

##### 或維吉尼亞州

##### 索賠地址

P.O. Box 371860 Denver, CO

80237-9998

##### 會員服務部

1-800-777-7902

#### 奧勒岡州

##### 索賠地址

P.O. Box 370050 Denver, CO

80237-9998

##### 會員服務部

1-800-813-2000

#### 喬治亞州

##### 索賠地址

P.O. Box 370010

Denver, CO 80237-9998

##### 會員服務部

1-888-865-5813

#### 夏威夷州

##### 索賠地址

P.O. Box 378021

Denver, CO 80237-9998

##### 會員服務部

1-800-966-5955

#### 華盛頓州

##### KPWA Claim Administration

P.O. Box 30766

Salt Lake City, UT 84130-0766

##### 會員服務部

1-800-901-4636

#### 加州 - 南加州

##### 索賠地址

P.O. Box 7004

Downey, CA 90242-7004

##### 會員服務部

1-800-464-4000

#### 加州 - 北加州

##### 索賠地址

P.O. Box 12923

Oakland, CA 94604-2923

##### 會員服務部

1-800-464-4000

#### 自費會員

##### KPIC Self-Funded Claims Administration

P.O. Box 30547

Salt Lake City, UT 84130-0547

##### 會員服務部

1-800-533-1833

## COVID-19居家抗原檢測資訊

如果您申請COVID-19居家抗原檢測的報銷，請填寫會員報銷表格的這一部分。如果您要求報銷其他費用，您可以跳過此部分。

- 這是COVID-19居家抗原測試的報銷嗎？ 是 否
- 線上訂購的檢測必須已經發貨（不是待定，不是正在進行中）。在您的檢測發貨之前，請不要申請報銷。您的檢測發貨了嗎？ 是 否
- 您是否在2022年1月15日之前購買檢測？ 是 否
  - 是：如果檢測是在2022年1月15日之前購買的，檢測是由醫生訂購還是監查進行的？ 醫生 監查
  - 否：如果檢測是在2022年1月15日之後購買的，檢測是由醫生訂購還是監查進行的？ 醫生 監查
- 該檢測是否被授權用於緊急用途或獲得FDA批准？ 是 否
- 您的雇主是否要求進行檢測？ 是 否
- 一個盒子或套件中可能有多個檢測。例如，一個盒子中可能有兩個檢測。總共購買了多少個檢測？ \_\_\_\_\_
- 您是否已經進行了檢測？ 是 否
  - 如果是，結果是在哪裡確定的？ 居家 實驗室
  - 誰實施的檢測？（請包含他們的姓名、MRN和進行的檢測次數）

請隨您的申請附上以下文件：

- 帶有檢測名稱、購買日期、價格和檢測次數的逐項採購收據。
- QR或UPC條碼的照片，從檢測盒上裁下。
- 如果您的COVID-19居家抗原檢測日期是在1月15日之前，請提供處方或保健業者參與的證據。

## 患者簽名

本人證明，我購買的COVID-19居家抗原檢測是為了個人使用，除非適用的州法律要求，否則不是為了就業目的，沒有也不會從其他來源報銷，並且不是為了轉售。

患者／授權代表姓名（若患者是未成年人或法定受撫養人，則填寫父母姓名）

患者／授權代表簽名（若患者是未成年人或法定受撫養人，則填寫父母姓名）

簽名日期

首選聯絡/電話號碼